

Pasir pengaraian,.....2021

Kepada :

Yth. Bapak Kepala Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Rokan Hulu

Di –

Pasir pengaraian

Nomor :

**Perihal : Permohonan
Izin Apotek**

Dengan hormat,

Mengacu Kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 9 Tahun 2017 Tentang ketentuan dan pemberian Izin Apotek serta Peraturan Daerah Kabupaten Rokan Hulu Nomor : 36 Tahun 2020 Tentang Pendelegasian Kewenangan Perizinan dan Non Perizinan pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Rokan Hulu , maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :
No.KTP :
No.Telp / HP :

Mengajukan permohonan kepada Bapak untuk memperoleh Izin Apotek, Sebagai kelengkapan syarat bersama ini saya lampirkan :

1. Permohonan dari yang bersangkutan (Apoteker) dengan Materai 6000
2. Foto Copy KTP Apoteker dan Pemilik Apotik
3. Pas Foto berwarna 3x4 sebanyak dua (2) lembar (Apoteker dan Pemilik Apotik)
4. Izin IMB
5. Foto Copy Ijazah dan STR Apoteker dan Asisten Apoteker
6. Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) dan Surat Izin Kerja tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) Asisten Apoteker
7. Surat Pernyataan Apoteker bahwa bersedia menjadi penanggung jawab Apotik (Matriai)
8. Surat Pernyataan Asisten Apoteker bahwa bersedia bekerja di Apotik (Materai)
9. Surat Pernyataan Pemilik Sarana Apotek bahwa tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundangan di bidang obat (materai 6000)
10. Foto copy Akte Perjanjian Antara Apoteker dengan Pemilik Apotek
11. Surat Izin atasan langsung bagi pemilik sarana Toko Obat PNS/TNI/POLRI
12. Daftar Asisten Apoteker dengan mencantumkan nama,alamat,
13. Pernyataan Apoteker/Pemilik untuk membayar gaji asisten secara rutin (Materai)
14. Surat menyatakan status Bangunan dalam bentuk Akte Hak Milik
15. Surat Pernyataan Apoteker bahwa tidak berstatus bekerja ditempat lain
16. Rekomendasi IAI untuk Apoteker
17. Struktur Organisasi Apotik
18. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Rokan Hulu
19. Denah ruang dan Denah Lokasi Apotek
20. Daftar/foto Inventaris Barang (Peralatan / Obat obatan)
21. NIB

Demikian permohonan ini saya sampaikan dengan sebenarnya dan untuk itu kami bersedia memenuhi semua peraturan yang ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata keterangan dan atau data yang kami sampaikan tidak benar, maka kami bersedia menerima pencabutan Izin Apotek yang telah diterbitkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Saya yang bermohon,

